

Тревожные расстройства в практике семейного врача

Тревожно-фобические расстройства являются одним из наиболее часто встречаемых вариантов пограничной психической патологии. На приеме у врача общей практики встречаются пациенты как с первичными тревожными расстройствами (ТР), так и с вторичными, сопровождающимися вегетативными нарушениями. Не вызывает сомнений и тот факт, что тревога является неблагоприятным фактором, дестабилизирующим течение соматических заболеваний (цереброваскулярной патологии, бронхиальной астмы, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца), тем самым ухудшая прогноз пациента.

Распространенность ТР, по разным данным, в общей популяции колеблется в пределах от 3 до 10%, у пациентов общесоматической сети — от 25 до 29%. Считается, что каждый житель планеты хотя бы раз в жизни перенес то или иное ТР. Отмечают наследственную предрасположенность: в 18% случаев у ближайших родственников пациента с ТР можно выявить такое же нарушение. Как правило, 75% больных ТР — женщины. До 70% всех клинических случаев депрессии сопровождается тревожной симптоматикой.

Под патологической тревогой следует понимать беспочвенное неопределенное волнение, чувство опасности или угрозы, внутреннего напряжения. Патологическая тревога в отличие от физиологической протекает длительно (более 4 нед), что значительно истощает пациента; сопровождается вегетативными нарушениями и иногда двигательным беспокойством. Патологическая тревога сегодня является одним из наиболее частых и распространенных расстройств психики человека. По данным исследования ONSET, наличие повышенной тревожности в среднем увеличивает вероятность нефатального инфаркта миокарда в 2,3 раза. Данные других исследований демонстрируют, что на фоне повышенной тревожности вероятность внезапной смерти возрастает в 4,5 раза.

Среди ТР различают фобии (агорафобия, социальные и специфические, неутонченные), паническое расстройство, генерализованное ТР, смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Наибольший удельный вес в популяции приходится на легкие ТР: ситуационно обусловленные личностные реакции, психогении, связанные с соматическими заболеваниями, генерализованную тревогу. Именно с этими пациентами чаще всего приходится сталкиваться семейному врачу в клинической практике.

Симптомами ТР являются беспокойство по мелочам, ощущение напряженности и скованности, неспособность расслабиться, раздражительность и нетерпеливость, ощущение взвинченности и пребывание на грани срыва, невозможность сконцентрироваться, ухудшение памяти, трудности засыпания и нарушения ночного сна, быстрая утомляемость, страхи. Следует также учитывать, что ТР часто сопровождают депрессивное расстройство, поэтому вышеуказанные жалобы нередко сочетаются с подавленным настроением, утратой интереса к тем занятиям, которые раньше приносили удовольствие. Сами больные в процессе беседы указывают то, что стали более раздражительными и беспокойными. Некоторые пациенты отмечают большую активность. Вместе с тем на фоне последней продуктивность их деятельности не возрастает, внимание рассеивается и они больше суетливы, нежели активны.

Часть больных предъявляют только соматические жалобы, которые побуждают их обратиться за медицинской помощью. Соматические жалобы носят полисистемный характер, что обусловлено наличием вегетативного компонента. К соматическим проявлениям ТР относят:

- ощущение учащенного сердцебиения и перебоев в работе сердца, колебания артериального давления;
- чувство нехватки воздуха и неудовлетворенности вдохом;
- головокружение и головные боли, тремор, мышечные подергивания и парестезии, нарушения сна;
- тошноту и диспепсические явления, боль в животе, расстройства стула;
- учащенное мочеиспускание, снижение либидо, половую дисфункцию;
- беспричинный субфебрилитет и озноб.

Для своевременной диагностики была разработана экспресс-оценка тревоги. Пациенту предлагают ответить на два вопроса.

• Чувствовали ли Вы большую часть времени за последние 4 недели беспокойство, напряжение или тревогу?

• Часто ли у Вас бывают ощущение напряженности, раздраженности и нарушения сна?

Хотя бы один утвердительный ответ необходимо расценивать как сигнал к дальнейшему углубленному расспросу пациента для активного выявления симптомов

генерализованной тревоги с последующим адекватным лечением. Для выявления пациентов с повышенной тревожностью также можно использовать шкалы для самооценки тревоги (шкалы Тэйлора, Спилбергера, Цунга, госпитальную шкалу тревоги и депрессии), которые заполняются больным самостоятельно.

Лечение ТР включает применение немедикаментозных средств (рациональной психотерапии, поддерживающей терапии, методов релаксационной терапии, в том числе медитации, гипноза) и фармакотерапии. Для лечения ТР применяют лекарственные средства растительного происхождения, анксиолитики, антидепрессанты.

Легкие формы ТР (оценка по шкале Гамильтона — менее 20 баллов), как правило, не нуждаются в медикаментозном лечении. Таким пациентам можно рекомендовать психотерапию, мягкие растительные препараты седативного действия. При среднетяжелых и острых формах ТР назначают медикаментозное лечение. Применение анксиолитиков дает положительный эффект, однако сопряжено с возникновением ряда побочных эффектов, таких как сонливость в течение дня, нарушение операторских функций у представителей профессий, требующих повышенной внимательности. Назначение коротких курсов производных бензодиазепина приемлемо для купирования панических атак и других острых форм тревоги. При наличии стойких фобических расстройств монотерапия анксиолитиками малоэффективна. Важно помнить о том, что производные бензодиазепина противопоказаны пациентам с obstructивными заболеваниями легких. Кроме того, длительное использование препаратов этой группы приводит к развитию лекарственной зависимости. Нередко при сопутствующей депрессии назначаются трициклические антидепрессанты. Применение данных средств сопряжено с частым развитием нежелательных побочных явлений (нарушение координации движений, снижение артериального давления), которые более выражены у пожилых больных. Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина более безопасно, так как эти средства избирательно влияют на серотониновый обмен и, соответственно, вызывают меньше побочных реакций. Относительным недостатком данных препаратов можно считать длительный латентный период до наступления клинического эффекта, в течение которого важно поддерживать приверженность пациента к назначенной терапии. Следует также помнить, что антидепрессанты могут усилить нарушения сна и повышенную возбудимость. В редких случаях после консультации психиатра могут быть назначены нейролептики короткими курсами.

Многообразие лекарственных препаратов, применяемых при ТР, различные виды побочных эффектов и широкий спектр противопоказаний к их назначению ставят перед врачом общей практики проблему выбора оптимальной терапии тревоги. Определенную роль при решении вопроса о применении психотропных средств может играть социальный и профессиональный статус пациента. Так, назначение психотропных средств

водителям транспорта, авиадиспетчерам, лицам, работающим на высоте, как правило, противопоказано, поскольку многие препараты этой группы могут снижать остроту реакции и способность концентрировать внимание.

Важное место в терапии кратковременных расстройств адаптации занимают лекарственные средства растительного происхождения. Фитопрепараты безопасны и характеризуются минимумом побочных реакций, к ним не развивается привыкание; растительные средства подходят для длительного применения, не требующего контроля врача. Опыт использования лекарств на растительной основе показывает, что наибольшей терапевтической широтой действия характеризуются многокомпонентные фитотерапевтические средства. Популярными традиционными комплексами лекарственных средств растительного происхождения являются сборы (фиточаи) и экстракционные препараты, которые выпускаются в форме таблеток и капсул. Таблетированные и капсулированные препараты в отличие от сборов более удобны для пациентов, ведущих активный образ жизни.

Одним из высокоэффективных седативных средств растительного происхождения на украинском рынке является ЦЕНТРАЛ Б, содержащий сухие водно-спиртовые экстракты валерианы (*Valeriana officinalis*), пассифлоры (*Passiflora incarnata*), цветков боярышника (*Crataegus pinnatifida*).

Экстракт валерианы — классическое седативное средство, уменьшающее напряженность и раздражительность, характерные для ТР, выраженность психического переутомления и неврастения. На основании экспериментальных данных установлено, что механизм действия валерианы заключается в способности стимулировать бензодиазепиновые и A₁-аденозиновые рецепторы, а также потенцировать ГАМК-эргическую систему преимущественно за счет ингибирования обратного захвата ГАМК. Выявлен также парциальный агонизм к серотониновым 5-HT_{3A}-рецепторам. Пассифлора содержит хризин — частичный агонист бензодиазепиновых рецепторов. Akhondzadeh и соавт. (2001) при сравнении пассифлоры с оксазепамом установили, что оба средства имеют одинаковую эффективность, однако для подтверждения этого результата необходимы дополнительные исследования. Экстракт пассифлоры обладает успокоительным действием на центральную нервную систему, способствует восстановлению сна, уменьшает беспокойство и нервозность. Экстракт цветков и плодов боярышника известен как кардиотоническое средство; благодаря наличию тритерпеновых соединений и флавоноидов оказывает спазмолитическое действие на церебральные сосуды и сосуды сердца, а также обладает мягким седативным эффектом.

Седативные средства растительного происхождения являются препаратами выбора для лечения пациентов с высоким риском развития побочных эффектов при терапии психотропными препаратами (в частности, пожилых людей, пациенток, принимающих пероральные контрацептивы). Фитопрепараты можно использовать при субклинической тревоге, легких формах ТР в качестве монотерапии или как дополнение к немедикаментозным методам лечения (психотерапии). При тревожных расстройствах ЦЕНТРАЛ Б применяется по 1-2 капсулы 3 р/день в течение месяца; при бессоннице — 1-2 капсулы на ночь в течение не менее 2 недель. Дополнительное назначение растительных лекарственных средств позволяет снизить дозы и сроки назначения анксиолитиков и антидепрессантов. После отмены последних длительное поддерживающее лечение фитопрепаратами может обеспечить поддержание ремиссии.

Таким образом, ТР сегодня занимают значительное место в структуре психической патологии, а их влияние на течение и прогноз соматических заболеваний обуславливает актуальность данной проблемы для врача-интерниста. ТР нередко протекают под маской соматической патологии. Основу диагностики ТР составляют клиническое интервью с пациентом и использование оценочных шкал и опросников. Выбор рационального метода лечения зависит от тяжести заболевания, его давности и коморбидной патологии. Применение комбинированных лекарственных средств растительного происхождения безопасно и высокоэффективно у пациентов с субклиническими и кратковременными ТР. ЦЕНТРАЛ Б включает три растительных компонента (валериану, боярышник, пассифлору), эффективен при бессоннице, тревоге, повышенной раздражительности и нервном напряжении, не вызывает привыкания и синдрома отмены.



Подготовила Мария Маковецкая

31